

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° 292

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lucienne MEURS

Externe des Hôpitaux

LE

PROLAPSUS DE L'OVAIRE

ET

SES TROUBLES NEURO-GLANDULAIRES

Président : M. FAURE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

585

292

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lucienne MEURS

Externe des Hôpitaux

LE

PROLAPSUS DE L'OVAIRE

ET

SES TROUBLES NEURO-GLANDULAIRES

Président : M. FAURE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
	WIDAL
Clinique médicale	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	CLAUDE
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELMÉ
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILÉAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur JEAN-LOUIS FAURE

Chirurgien de l'Hôpital Broca
Professeur de Clinique gynécologique

En témoignage de reconnaissance pour son précieux enseignement et pour le grand honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de ma thèse.

A MON MAITRE

M. le Docteur DALCHÉ

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Sous l'inspiration de qui ce travail a été fait.

En remerciement pour la bienveillante bonté avec laquelle il nous a accueillie et pour les précieux conseils qu'il nous a prodigués, chaque matin, à l'Hôtel-Dieu. Qu'il trouve ici, l'expression de ma gratitude et de mon affection.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. le Professeur VIDAL, médecin de Cochin.

M. le Docteur BENSAUDE, médecin de Saint-Antoine.

M. le Professeur CUNÉO, chirurgien de Lariboisière.

M. le Professeur SERGENT, médecin de la Charité.

M. le Docteur MACÉ, médecin-accoucheur de l'Hôtel-Dieu.

M. le Professeur J.-L. FAURE, chirurgien de Broca.

M. le Docteur HUDELO, médecin de Saint-Louis.

M. le Docteur DALCHÉ, médecin de l'Hôtel-Dieu.

A M. le Docteur DOUAY

Chef de Clinique gynécologique à la Faculté

*A l'obligeance de qui nous
devons le schéma anatomique qui
figure dans cette thèse.*

A MM. les Docteurs HALLER et MOSSÉ

Anciens chefs de Clinique gynécologique de l'Hôpital Broca

LE PROLAPSUS DE L'OVAIRE

ET
ses troubles neuro-glandulaires

INTRODUCTION

Le sujet de notre thèse nous a été suggéré par notre maître le Dr Dalché. C'est dans son service et sous sa direction que nous avons entrepris ce travail pour lequel il a bien voulu nous communiquer un certain nombre de ses observations personnelles.

Nous n'abordons pas une question originale : déjà en 1879, on trouve dans les *Annales médicales des gynécologues anglais-américains*, une étude clinique du prolapsus de l'ovaire.

Vallin, Thèse de Paris, 1887, recueille tous les cas antérieurement publiés et y ajoute le résultat de ses nombreuses recherches personnelles sur la situation anatomique des ovaires.

En 1919, Garcin étudie à nouveau la question. Il montre la fréquence et la réalité de cette affection, vérifiée *de visu* au cours de l'intervention chirurgicale dont il fait le traitement à peu près exclusif.

Il ne nous a cependant pas paru sans intérêt de consacrer notre thèse à l'étude du prolapsus ovarien et cela pour deux raisons : c'est d'abord la méconnaissance de cette affection vis-à-vis certains symptômes extra-génitaux de laquelle se trouvent encore actuellement nombre de cliniciens. De fait, le prolapsus de l'ovaire est, comme nous le montrerons, d'un diagnostic difficile. Bien souvent, pour le reconnaître, il faut y penser sans attendre la constatation des symptômes de certitude. Il n'est donc pas inutile d'attirer, une fois de plus, l'attention sur une maladie dont les signes multiples, trompeurs, embarrassent souvent et le gynécologue et le médecin.

De plus, s'il nous paraît qu'il n'y ait rien à ajouter aux études antérieures, des points de vue anatomique et chirurgical, il n'en est pas de même pour ce qui est de la clinique pure.

Certes, la symptomatologie a bien été décrite par Vallin, et plus complètement encore par Garcin, mais l'évolution de la pathologie générale, les connaissances nouvelles sur l'interdépendance du système sympathique et des glandes à sécrétions internes en particulier, sont venues élargir la question.

A cette affection déjà connue, il reste un chapitre clinique à ajouter : la répercussion du prolapsus ovarien sur les systèmes sympathique et endocrinien, répercussion que traduisent des malaises et des troubles dont l'examen somatique n'explique aucunement l'origine. C'est principalement ce point que

nous avons pour but d'étudier. Des observations recueillies très soigneusement, il nous paraît ressortir que certains troubles neuro-glandulaires fassent désormais partie intégrante du tableau clinique du prolapsus de l'ovaire.

DÉFINITION

Le prolapsus de l'ovaire est son abaissement dans le cavum rétro-utérin.

Cet abaissement va se faire en deux étapes :

Dans une première étape, l'ovaire franchit le repli utéro-lombaire pour atteindre la fosse hypogastrique ; dans une seconde étape, il franchit les replis semi-lunaires des ligaments utéro-sacrés pour occuper le cul-de-sac de Douglas.

L'ovaire, en position anté-utérine, dans la fossette préovarienne, est une rareté anatomique et clinique.

ANATOMIE

Il nous paraît indispensable, avant d'aborder l'étude clinique du prolapsus de l'ovaire, de rappeler quelques notions anatomiques. Nous n'envisagerons, parmi celles-ci, que celles qui doivent aider à la compréhension du sujet. Nous insisterons, en particulier, sur la situation, les moyens de fixité, l'innervation de l'ovaire.

Généralités. — Les ovaires, glandes génitales femelles, au nombre de deux, ont une forme variable, en général celle d'une amande, d'un ovoïde légèrement aplati. Leur volume diffère suivant le sujet, suivant le côté considéré, suivant les circonstances physiologiques et pathologiques ; il augmente notablement à la puberté.

Les dimensions sont, en moyenne, de 4 centimètres de long, 2 centimètres de large, 1 centimètre d'épaisseur.

Poids : 6 à 8 grammes. Ces notions anatomiques que nous donnent les auteurs classiques sont loin d'être toujours en accord avec ce que l'on trouve sur le vivant au cours des opérations. Les variations de forme, de volume et d'aspect de l'ovaire, sont si

considérables que de l'avis du professeur Faure, il est bien difficile de reconnaître un ovaire normal d'un ovaire anormal ou pathologique.

Situation. — Les opinions sont diverses à ce sujet, ce qu'expliquent aisément la variabilité et la mobilité de situation des organes pelviens. Ils subissent, en effet, l'influence de l'attitude du sujet, de la pression abdominale, de l'état de réplétion ou de vacuité de la vessie et du rectum, de la forme du bassin osseux.

Quoi qu'il en soit, l'ovaire, pour les classiques, est couché entre l'utérus et la paroi pelvienne, avec son grand axe transversal.

Pour Waldeyer, Vallin et les modernes, chez une multipare dont l'utérus est médian, dans son antéversion et son antéflexion normales, dont le bassin est en position anatomique, l'ovaire a son grand axe vertical. Il est appliqué contre la paroi latérale du bassin, juste en arrière du diamètre pelvien transversal.

On peut, avec Rieffel, reconnaître cette situation comme primaire et admettre des positions secondaires, commandées par celle, normale ou pathologique, de l'utérus.

Etant données sa forme et son orientation, l'ovaire présente deux faces, externe et interne ; deux bords, antérieur et postérieur ; deux pôles, supérieur et inférieur. Nous étudierons rapidement ces divers rapports, pour nous arrêter davantage à la face externe sur laquelle nous terminerons. C'est, en effet, la plus importante en ce qui concerne notre sujet.

Pôle supérieur. — Epais, arrondi, est dirigé en haut et un peu en arrière. Les classiques le nomment « externe ». Il donne insertion au ligament suspenseur par où arrive le pédicule utéro-ovarien. Il peut se mettre en rapport avec le cæcum, avec l'appendice dont le rapproche le ligament appendiculo-ovarien.

Pôle inférieur(interne pour les classiques). — Plus mince, il s'oriente en bas et un peu en avant pour se continuer avec le ligament utéro-ovarien. Il touche le plancher pelvien à 2 centimètres au-dessous et en avant du muscle pyramidal et du nerf grand sciatique.

Bord antérieur. — Hilaire, fixé par l'insertion péritonéale et par l'arrivée des vaisseaux. Il est recouvert par la portion ascendante de la trompe.

Bord postérieur. — Epais, convexe, est dirigé en arrière, en dedans et en bas. Situé à 20 ou 25 millimètres en avant et en dedans de l'interligne sacro-iliaque, il répond, par son versant interne, aux franges tubaires et, parfois, aux anses du grêle ; par son versant externe, à l'uretère dont le sépare le péritoine pariétal. Écarté du rectum, lorsqu'il est normalement placé, il s'en rapproche dans sa position postérieure. Ce rapport explique les douleurs à la défécation, fréquentes dans le prolapsus ovarien.

Face interne. — Orientée en dedans et un peu en avant, elle est surtout en rapport avec la trompe, comme nous l'avons dit plus haut déjà, puis avec la

partie interne du ligament large et avec le fond de l'utérus.

Lorsque le mésosalpinx, peu développé, ne recouvre pas entièrement cette face, les anses grêles et, à gauche, le côlon iléo-pelvien entrent en rapport avec elle.

Face externe. — Pariétale.

Elle est en rapport avec la paroi pelvienne, par le seul intermédiaire de la séreuse pariétale. Cette paroi est formée par l'os iliaque et l'obturateur interne, d'où se détache, oblique en bas et en dedans, le releveur anal. L'ovaire occupe là une légère dépression pariétale, la *fossette ovarienne*, dont les limites ont été différemment décrites suivant les auteurs.

1° Pour Krause, elle est située entre les deux iliaques ;

2° Pour Vallin et Nagel, ses limites sont :

En haut : le nerf obturateur (d'où possibilité de névralgie obturatrice dans l'ovarite) et la veine iliaque externe.

En arrière : le tronc antérieur de l'hypogastrique et l'uretère.

En avant : l'insertion pariétale du ligament large.

En bas : l'origine de l'obturatrice et de l'ombilicale.

3° Pour Waldeyer, elle est bornée de la façon suivante :

En avant et en haut : l'ombilicale.

En arrière : l'uretère et l'utérine.

En bas : l'insertion du ligament large.

4° Pour Fredet, enfin, la fossette ovarienne est une dépression que limitent deux berges obliques en bas et en avant :

Le pédicule utéro-ovarien constitue le saillant supérieur. L'utérine et l'uretère, le saillant inférieur.

Lorsque l'utérus est en antéposition, l'ovaire peut se loger dans la *fossette préovarienne* située entre :

Le ligament rond, en avant.

Le mésosalpinx, en arrière.

Les vaisseaux iliaques externes, en haut.

Le fait, d'ailleurs, est rare et discuté. En clinique, on ne le rencontre presque jamais.

Lorsqu'enfin, l'utérus est en rétroposition, lorsque, par suite d'un relâchement des ligaments, d'une sub-involution après des accouchements répétés, les ovaires s'abaissent, ils occupent alors la *fossette de Claudius* comprise entre :

L'uretère et l'utérine, en avant.

Les bords latéraux du sacrum, en arrière.

La saillie des ligaments utéro-sacrés, en dedans.

Remarquons, d'ailleurs, que cette situation de l'ovaire résulte d'un abaissement physiologique commun chez les multipares, compatible avec une absence complète de symptômes cliniques.

En recherchant dans les auteurs classiques les différentes descriptions des fossettes ovariennes, nous avons été étonnée de trouver de grandes diver-

gences d'opinions. Nous en avons parlé dans le service du professeur Faure au docteur Douay qui s'intéresse volontiers aux questions d'anatomie gynécologique.

Pour lui, les descriptions actuellement classiques des fossettes ovariennes, de Krause, de Waldeyer, de Claudius ne correspondent pas aux descriptions faites par ces auteurs. Celles plus récentes de Wallin et Nagel, qui donnent à la fossette des limites encore différentes, ajoutent à l'obscurité de la question. D'ailleurs, du point de vue purement pratique, ces fossettes n'ont aucune signification pour le chirurgien. Elles n'existent pour ainsi dire jamais sur le vivant. Seule, la limite inférieure de la fossette, formée par la saillie de l'uretère et de l'utérine, pourrait avoir un intérêt comme repère opératoire. Or, d'après le professeur Faure, elle n'est jamais assez visible pour faciliter la recherche de l'uretère au cours d'une opération, et incapable de remplir son rôle de fixité.

Le docteur Douay a bien voulu faire pour notre thèse un dessin où sont représentées les diverses fossettes ovariennes, telles qu'elles devraient exister. Il suffit de se reporter à la légende de son schéma pour prendre connaissance des fossettes paravésicale, préovarienne, ovarienne, hypogastrique et du cul-de-sac de Douglas.

La situation de l'ovaire qu'il a représentée de son dessin n'est pas la situation classique. L'ovaire est abaissé, son pôle supéro-externe est devenu inférieur-postérieur. C'est là une situation qu'on rencontre fré-

quement au cours des opérations, et qui paraît être un premier stade de prolapsus.

Moyens de fixité de l'ovaire

L'ovaire donne attache à plusieurs ligaments dont la valeur physiologique est très différente suivant le point de fixation de leur deuxième extrémité. D'après cela, seuls le mésovarium et le ligament suspenseur seront véritablement fixateurs. Mais pour la simplicité de l'exposition, nous diviserons les moyens de fixité de l'ovaire en :

1° *Ligaments unissant l'ovaire aux organes génitaux.*

2° *Ligaments unissant l'ovaire à la paroi pelvienne.*

3° *Ligaments unissant l'ovaire aux viscères.*

1° Parmi ces ligaments, le plus important est de beaucoup le mésovarium ; les autres, de peu de valeur puisque reliant l'ovaire à des organes mobiles, sont les ligaments utéro-ovarique et tubo-ovarien.

A. — *Mésovarium* ou aileron postérieur du ligament large, ou, pour Rieffel, ligament antérieur de l'ovaire. C'est un repli péritonéal, à deux feuillets, détaché de la lame postéro-supérieure du ligament large et qui vient s'insérer sur les deux lèvres du hile de l'ovaire. Il s'y termine sans recouvrir cet organe. Entre les deux feuillets passent, parmi des fibres lisses et du tissu conjonctif, des vaisseaux et des nerfs.

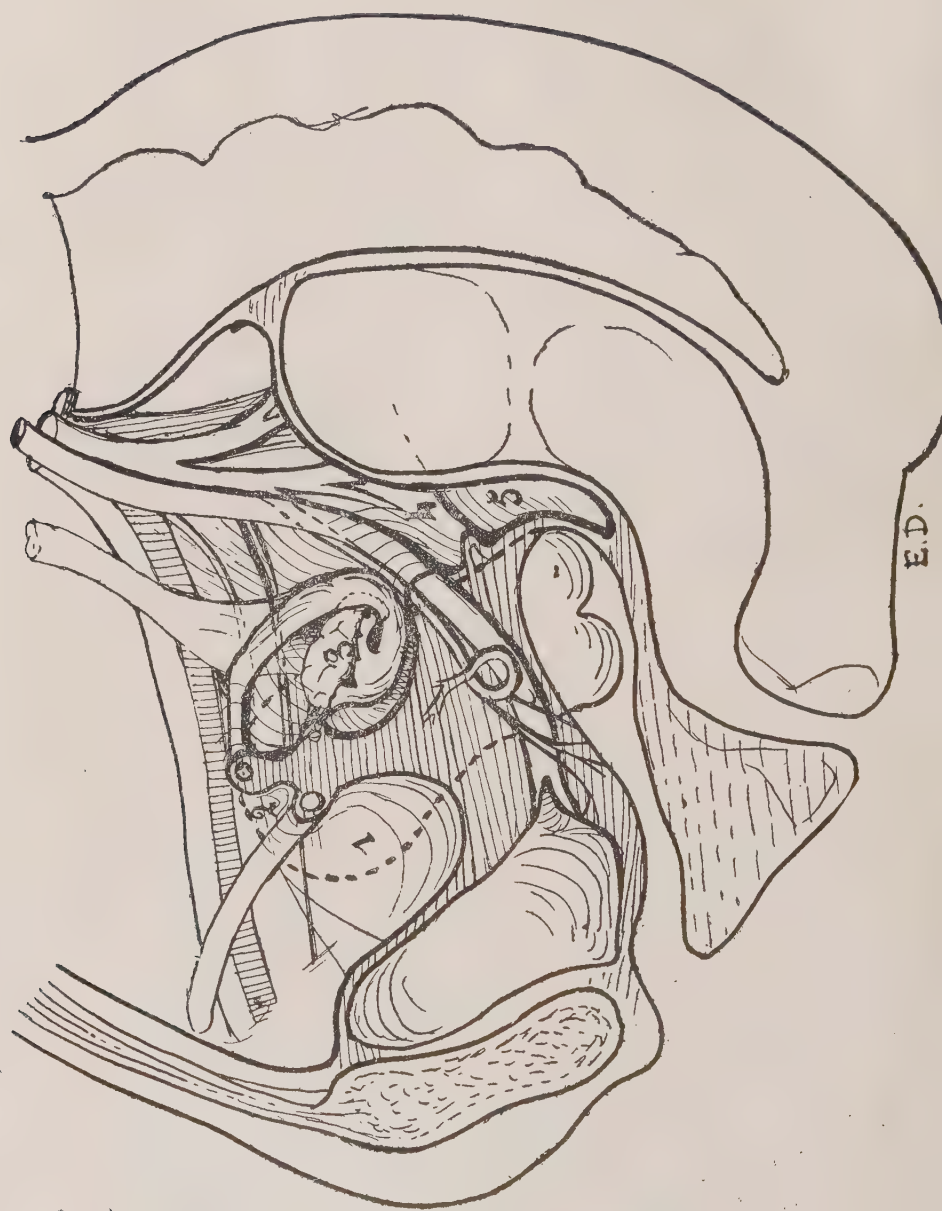


FIGURE SCHÉMATIQUE DU BASSIN

*(Coupe antéro-postérieure passant par l'abouchement de l'uretère droit dans la vessie,
un peu à droite du plan médian)*

1. Fossette paravésicale entre la vessie et le ligament rond.
2. Fossette préovarienne entre le ligament rond et l'aileron supérieur du ligament large contenant la portion isthmique de la trompe.
3. Fossette ovarienne limitée en haut par la veine iliaque interne ;
en bas par l'uretère et l'utérine ;
en arrière par l'uretère et l'artère hypogastrique ;
en avant par le feuillet postérieur du ligament large.
Elle contient l'ovaire, le pavillon, l'ampoule de la trompe, le tout étant suspendu par le pédicule utéro-ovarien ; contre la paroi pelvienne, on voit l'artère ombilicale et, au-dessous, le pédicule obturateur.
4. Fossette hypogastrique entre l'uretère et le ligament utéro-sacré.
5. Cul-de-sac de Douglas.

Très court, il ne permet à l'ovaire de ne se mouvoir que « comme un volet autour de ses gonds » (Val-lin). D'autre part, c'est de la partie juxta-pariétale du ligament large qu'il se détache. Or, cette partie est, chez la nullipare, peu mobilisable, en opposition avec la portion juxta-utérine. Le mésovarium possède une réelle valeur fixatrice.

B. *Ligament utéro-ovarique*. — Il prend son origine à l'angle supérieur de l'utérus, au-dessous et un peu en arrière de la trompe. De là, il se porte horizontalement en dehors, pour aller se terminer, après un trajet de 3 centimètres environ, au pôle inférieur de l'ovaire. Il longe le bord interne de l'aileron postérieur.

Son rôle est de rendre solidaires l'un de l'autre utérus et ovaire. Sa solidité est considérable.

C. *Ligament tubo-ovarien*. — Il borde le côté externe de l'aileron postérieur, allant de l'orifice abdominal de la trompe à l'extrémité supéro-externe du bord antérieur de l'ovaire. Souple et peu résistant, il est plutôt le « *musculus attraheus tubæ* » qu'un élément de fixation de la glande génitale.

2° **Ligaments unissant l'ovaire à la paroi pelvienne**. — C'est le *ligament suspenseur de l'ovaire*, ou ligament supérieur, ou ligament infundibulo-pelvien. Il est constitué par les vaisseaux utéro-ovariens qui, après avoir croisé le détroit supérieur, pénètrent dans l'angle supéro-externe du ligament large.

Ces vaisseaux sont engainés par des fibres lisses et

du tissu conjonctif. Le péritoine lombo-iliaque forme un repli en passant sur ces éléments vasculo-conjonctifs, qu'il recouvre.

Cet ensemble est le ligament suspenseur, cordon aplati qui, détaché de la paroi latérale du bassin au-dessous des vaisseaux iliaques, descend, parallèle et antérieur à l'uretère, forme les 2 centimètres externes du bord supérieur du ligament large et vient se terminer au pôle supérieur de l'ovaire. (Pour les classiques, il finissait à la trompe, d'où son nom d'infundibulo-pelvien).

Pour Vallin, le ligament suspenseur droit est postérieur au gauche, de même l'ovaire droit par rapport au gauche.

Pour Rieffel, la direction de ce ligament est prolongée par le grand axe de l'ovaire, de sorte que la ligne bi-ovarique passe à 2 centimètres en arrière du corps utérin antéfléchi.

Le ligament suspenseur empêche l'abaissement de l'ovaire et le maintient contre la paroi pelvienne. Il lui permet des déplacements antéro-postérieurs et des changements de direction de son axe,

Du fait de sa situation, postérieure à l'utérus, l'ovaire, s'il est augmenté de volume et qu'en même temps son ligament suspenseur et le mésovarium se trouvent relâchés, tombera nécessairement dans le Douglas.

Ligaments unissant l'ovaire aux viscères.

— *Le ligament appendiculo ovarique de Gluck*
repli péritonéal allant du méso-appendiculaire au

bord supérieur du ligament large. Il contiendrait, pour Clado, des anastomoses lymphatiques.

En résumé, nous concluons de ses moyens de fixité, que *l'ovaire est mobile*.

Il l'est de deux manières : mobile, isolément et indépendamment de l'utérus ; et d'autre part, mobile avec l'utérus, dont le ligament utéro-ovarique peut le rendre solidaire, d'autant plus que la solidité de celui-ci contraste avec la gracilité du ligament infundibulo-pelvien qui finit toujours par s'allonger sous la traction de l'utérus.

Innervation de l'ovaire

Elle provient du plexus ovarique dépendant du ganglion utéro-ovarique (situé près du ligament de même nom).

Sous le nom de *ganglion ovarien de Winterhalter*, on désigne un ganglion sympathique situé dans la zone vasculaire de l'ovaire.

Il est intéressant du point de vue clinique de signaler les *anastomoses nerveuses* :

Anastomoses, dans le ligament large, entre les plexus ovarique et hypogastrique. Ce dernier se continue en haut avec la partie moyenne du plexus lombo-aortique et avec le plexus rénal. Ceux-ci étant reliés au plexus solaire, on est en droit d'admettre avec Nagel que l'innervation des organes génitaux internes est en relation intime avec l'innervation des viscères abdominaux. Si la proximité anatomique

explique la grande importance et la fréquence des troubles abdominaux, la simple connexion des différents plexus ganglionnaires avec les chaînes latérales sympathiques permet de comprendre les manifestations à distance.

Nous n'avons apporté à la partie anatomique du sujet aucune contribution personnelle, nous efforçant seulement, par le rappel des notions admises, de montrer comment peut se faire le prolapsus de l'ovaire, organe essentiellement mobile ; quels rapports il affecte à l'état normal et à l'état pathologique, et dans quelle mesure ces rapports peuvent expliquer les symptômes cliniques.

ÉTIOLOGIE

Bien que l'ovaire soit essentiellement mobile et libre dans la cavité pelvienne, sa chute dans le cul-de-sac de Douglas ne se produit pas, tant que n'interviennent des causes particulières qui l'y incitent ou l'y entraînent. Les unes tiennent à l'ovaire, les autres aux ligaments. Il faut, en effet, l'intégrité de la glande et de son appareil suspenseur pour que l'ovaire conserve sa situation anatomique. Si l'un ou l'autre vient à être altéré, la chute peut alors se produire.

1^o Causes qui agissent sur l'ovaire

Dans certains cas, l'ovaire subit l'entraînement de l'utérus qui, pour des raisons diverses sur lesquelles nous n'avons pas à nous étendre ici, se porte en mauvaise position, le plus souvent en rétro-déviation. Ce que nous voyons se produire pour l'utérus vis-à-vis l'ovaire, nous le voyons également pour la trompe. Il n'est pas rare de trouver un ovaire prolabé accompagnant une salpingite catarrhale ou infectieuse. Dans les deux cas, l'ovaire peut : 1^o soit demeurer absolument sain ; 2^o soit participer au processus morbide utéro-annexiel, cause de la déviation ; c'est le cas le

plus fréquent pour Vallin. Quoi qu'il en soit, nous appellerons « prolapsus secondaire » les cas où l'ovaire accompagne dans sa ptose l'utérus ou les annexes, par opposition au « prolapsus primitif » où l'ovaire, seul, est tombé dans le Douglas.

Une autre raison fréquente de prolapsus trouve sa cause dans l'augmentation de volume, l'alourdissement de la glande elle-même. Celle-ci est le siège de poussées inflammatoires congestives provoquées par des influences diverses.

C'est la constipation, si fréquente chez la femme, et la réplétion habituelle de la vessie. A ce propos nous devons faire une très large place aux poussées congestives cataméniales qui, bien que physiologiques, n'en sont pas moins une grande cause de ptose par leur périodicité.

Les excès sexuels, les pratiques et rapports anormaux, les insatisfactions génésiques entretiennent la congestion de l'ovaire.

Le P^r Legueu compte l'ovaire scléro-kystique parmi les causes fréquentes de prolapsus. Pour Pozzi, la dégénérescence scléro kystique en serait la conséquence.

2° Causes qui agissent sur les ligaments

Pour que l'ovaire soit prolabé, il faut que les ligaments soient distendus. La cause la plus fréquente de relâchement est, sans conteste, la grossesse. Mais elle n'est pas l'unique cause. Cette laxité ligamentaire succédant à l'accouchement s'accom-

pagne généralement de rétrodéviatiôn par sub-involution utérine. De même que l'utérus n'a pas repris ses dimensions normales, les ligaments n'ont pas recouvré leur tonicité habituelle. Ces deux causes réunies: augmentation de volume et de poids de l'utérus, et allongement des ligaments de soutien créent de toutes pièces, la rétrodéviatiôn avec prolapsus ovarien. Les autres causes de relâchement ligamentaire, pour être moins fréquentes que la grossesse, n'en sont pas moins importantes à signaler, car elles trahissent une disposition naturelle, congénitale, à la laxité. C'est, tout d'abord, l'amaigrissement, que celui-ci soit consécutif à une maladie aiguë, à un état morbide, ou simplement à du nervosisme. Le système nerveux de la vie végétative joue, en effet, un rôle primordial dans la régulation du tonus abdominal et de l'état circulatoire. Or, il suffit qu'il soit troublé dans sa fonction pour amener une perte de tonicité. Dans ce cas, on se trouve alors en présence d'une femme qui, non seulement, présente une chute de l'ovaire, mais des ptoses diverses, une viscéroptose généralisée. La neurasthénie peut amener le même état d'atonie musculaire et ligamentaire. Mais insistons bien sur le fait que nous avons signalé plus haut: le relâchement ligamentaire se produit chez des sujets présentant un certain état dystrophique des tissus, souvent porteurs de hernies, n'ayant à leur disposition qu'une musculature abdominale à peu près inexistante. Toute femme, amaigrie, nerveuse ou neuras-

thénique qui fait un relâchement ligamentaire, le fait à cause d'une prédisposition héréditaire.

Ce sont ensuite des causes mécaniques qui amènent une distension par les tiraillements exercés sur les ligaments, sans altération de leurs fibres musculaires et élastiques. Nous éliminerons, naturellement, les tumeurs de l'utérus et de l'ovaire, fibrome, kyste, etc... Nous nous bornerons à signaler les lésions des organes de voisinage, tumeurs extra-génitales mais intra-abdominales, tumeurs intestinales, sarcome du rein, dont un cas a été signalé par Munde. Les malformations ligamentaires, telle une direction anormale du ligament infundibulo pelvien, comme l'a constaté Vallin, et des anomalies de direction de l'axe du bassin qui permettent la pression de la masse intestinale sur les organes pelviens. Mais ajoutons que ces causes sont très rares par rapport à la laxité ligamentaire post-puerpérale, et qu'elles créent un prolapsus de l'ovaire qui n'est qu'un épisode à côté de l'affection principale.

Il ne faut pas nier systématiquement les efforts, les sauts brusques comme susceptibles de conditionner à eux seuls la chute de l'ovaire. Une ou deux observations ont été rapportées par Munde et Thomas Cleveland, et notre maître, le Dr Dalché, croit en avoir vu un cas chez une vierge à la suite d'un effort musculaire violent pour soulever un objet très lourd pendant une période cataméniale, mais le fait est tout à fait exceptionnel et exige pour se produire des prédispositions spéciales.

Il ressort de ce court exposé étiologique que le prolapsus de l'ovaire peut se rencontrer à toutes les périodes de la vie génitale de la femme, mais particulièrement au moment de pleine activité sexuelle, de 25 à 40 ans. Chez des vierges, et des nullipares où le facteur principal à incriminer est alors la disposition congénitale au relâchement ligamentaire, chez des multipares où la grossesse est le *primum movens* de l'affection et s'accompagne d'un certain degré de déviation utérine.

ÉTUDE CLINIQUE

Rien n'est plus variable que la symptomatologie du prolapsus de l'ovaire. Elle va, des cas les plus évidents, où le diagnostic s'impose d'emblée, aux cas les plus frustes où l'attention est attirée loin de la sphère génitale. Et c'est cette richesse en symptômes qui rend son étude si importante et si difficile. Tout d'abord, il nous faut distinguer les cas où le prolapsus est *secondaire* à une lésion utérine, annexielle ou à la fois utéro-annexielle, et ceux où l'ovaire est seul prolabé dans le Douglas et constitue ce que nous avons appelé le *prolapsus primitif*. C'est cette dernière variété qui nous arrêtera particulièrement dans l'étude clinique parce qu'elle répond à une affection dont les symptômes appartiennent en propre à la glande génitale déviée. Etudions ces symptômes.

Parmi les nombreuses manifestations cliniques, il en est deux qui sont pour ainsi dire constantes et qui, de ce fait, acquièrent une valeur particulière. C'est la douleur aux rapports sexuels, ce que les Anglais ont appelé la *dyspareunie*, et la douleur à la défécation. Ceci s'explique aisément : la situation basse et rétro-utérine qu'occupe l'ovaire prolabé le rend par-

ticulièrement vulnérable en l'exposant aux divers traumatismes qui sont, en l'espèce, le choc du pénis et la pression des matières fécales, durcies dans cette dernière portion de l'intestin. Pour un même degré de prolapsus, les douleurs varient d'intensité avec les sujets. Pour les unes, elles sont supportables et peu durables, pour les autres elles sont intenses, presque syncopales et peuvent persister longtemps encore après la disparition de la cause. Elles constituent pour quelques malades « un véritable supplice » qui leur fait redouter, avec angoisse, le retour des actes qui les ont provoquées.

En général, ces douleurs ont un caractère nauséux et s'accompagnent parfois, mais non toujours, de vomissements. Bien que l'ovaire ait une sensibilité exquise, et que la douleur que sa pression éveille ne soit comparable qu'à la douleur testiculaire (Gallard), peut-on admettre qu'un acte comme le coït, qui n'affecte pas des rapports de compression immédiate avec l'ovaire, puisse expliquer les douleurs intolérables dont se plaignent certaines femmes? A la base de ces souffrances, on trouve presque toujours l'existence d'une névralgie localisée à l'ovaire, ce qui accroît sa sensibilité et le rend particulièrement irritable. Cette ovarialgie explique en même temps les douleurs spontanées qu'accusent certaines malades, un très petit nombre il est vrai.

Cette névralgie, qui a son point de départ dans le plexus sympathique de l'ovaire, est localisée en un point variable de l'abdomen. Plus généralement du

côté où existe le prolapsus, mais quelquefois du côté opposé. Au point appendiculaire, à droite — ce qui peut égarer le diagnostic — en un point symétrique, à gauche et sur la même ligne transversale, au bord externe du muscle grand droit. Cette douleur présente des irradiations dans les aines, surtout dans les lombes, rarement dans les cuisses, contrastant ainsi avec la douleur de l'annexite. Elle est exagérée par la marche, la station debout prolongée; elle se calme, au contraire, dans le décubitus dorsal, dans certaines attitudes combinées, qui ont pour but d'éloigner l'ovaire du cul-de-sac de Douglas et de le soustraire aux pression et froissement : telle la position genu-pectorale, ou à plat ventre, ou le décubitus dorsal avec flexion et élévation des jambes.

Ces symptômes : douleur au coït et à la défécation et ovarialgie attirent l'attention vers la sphère génitale et commandent l'examen physique. Bien plus difficile est l'interprétation de certains autres symptômes. Ceux-ci sont provoqués par le retentissement qu'exerce l'ovaire sur l'état général par l'intermédiaire du système nerveux végétatif et des autres glandes à sécrétions internes. L'ovaire prolapsé, même s'il est absolument sain, du fait même qu'il est prolapsé, est troublé dans son fonctionnement :

- 1° Dans la ponte de son ovule ;
- 2° Dans l'élaboration de sa sécrétion.

La défectuosité de sa sécrétion et la difficulté de son ovulation amèneront des désordres dans le fonctionnement des autres glandes endocrines et dans la

régulation qu'exerce, sur la vie végétative, le système vago-sympathique.

Si aux perturbations de ses fonctions, nous ajoutons la traction qu'il exerce, dans sa chute, sur son pédicule nerveux, nous comprendrons *la multiplicité et la diversité des manifestations cliniques* qui peuvent accompagner le prolapsus ovarien. Mais, dissocier, dans la série des troubles que nous allons envisager, ceux qui reviennent aux perturbations d'ovulation, de sécrétion ou de traction, dire s'ils sont la conséquence d'une intoxication ou d'un choc anaphylactique, est encore impossible. La question sans cesse en évolution, reçoit chaque jour l'appoint de nouveaux éléments qui élargissent son domaine. Du point de vue clinique, le seul qui nous intéresse dans cette étude, il nous suffit de savoir que c'est l'ovaire qui est en jeu.

Retentissement de l'ovaire prolabé sur l'état général

Les troubles généraux du prolapsus ne peuvent s'étudier chez une même malade.

Par opposition aux symptômes cardinaux énoncés plus haut, il est rare que nous rencontrions, dans les manifestations d'ordre général, un ensemble de signes cliniques identiques chez plusieurs malades. Chaque sujet répond différemment, suivant ses dispositions, ses tares héréditaires ou acquises à l'incitation de la glande prolabée. Souvent, la malade

atteinte d'un prolapsus ovarien est une femme maigre, nerveuse, irritable, éternellement fatiguée, se plaignant d'être « mal à l'aise », de souffrir « de partout » selon ses expressions. L'anxiété qu'elle manifeste pourrait nous la faire prendre pour une imaginaire. Méfions-nous, c'est une pseudo-imaginaire.

Au cours des examens répétés de ces malades, nous avons coutume de rencontrer :

1° *Symptômes viscéraux* ;

2° *Symptômes nerveux* ;

3° *Troubles psychiques*.

Tous mis en branle par le déséquilibre vago-sympathique qu'entraînent les sécrétions internes perturbées et la traction sur le pédicule ovarien.

1° *Symptômes viscéraux*. — Très fréquemment la malade vient consulter pour des troubles digestifs consistant en : pesanteur, tiraillements d'estomac, nausées, renvois acides, vomissements, faim douloureuse ou anorexie complète, enfin tout le cortège des accidents dyspeptiques ; plus souvent, ce sont pour des symptômes d'ordre intestinal : entéro-côlite avec constipation par spasme, ou alternative de constipation et de diarrhée, avec rejet de selles muqueuses ou glaireuses. Ces troubles ont pour caractéristique d'être variables ; se produisant spontanément, cessant de même, susceptibles de se renouveler fréquemment ou de laisser à la malade une longue période de latence. Certains auteurs ont donné l'appellation de gastro-névrose et d'entéro-

névrose à ceux de ces troubles gastriques et intestinaux qui ne sont pas l'expression d'une lésion organique.

D'autres fois, les malades se plaignent d'oppression se traduisant par des respirations profondes et entrecoupées, de dyspnée asthmatiforme et même d'asthme vrai avec des signes nets de vagotonie : sudation, catarrhe nasal, larmoiement, ralentissement du pouls, et dermographisme. Du côté du cœur, les manifestations peuvent être telles que la malade se présente comme une cardiaque. Elle a des palpitations avec vertige, une sensation de barre rétro-sternale avec angoisse qui lui fait craindre une crise d'angine de poitrine. A l'examen du cœur, on note tantôt de la bradycardie, avec ou sans bradysphygmie, tantôt une tachycardie extrême avec instabilité du pouls surtout dans les cas où, manifestement, la glande thyroïde l'emporte sur le système ovarien, ce qui est fréquent au cours du prolapsus, la tachycardie est alors accompagnée de tremblement. L'auscultation du cœur révèle de l'éréthisme cardiaque, des extra-systoles, du bruit de galop quelquefois, — sans hypertension, — plus souvent des souffles transitoires, anorganiques. Tous ces signes traduisent visiblement la perturbation survenue dans le système nerveux extrinsèque du cœur.

2° *Symptômes nerveux.* — Ils sont d'autant plus accusés qu'ils se produisent le plus souvent chez des sujets ayant un terrain névropathique déjà existant.

Indépendamment de l'ovarialgie, nous trouvons

toutes les algies réflexes, provoquées par le tiraillement du plexus ovarien en connexion avec les plexus des organes sous-diaphragmatiques. Ce sont des névralgies pelviennes, rénales, abdominales, du plexus solaire, douleur sur le trajet du nerf honteux interne, cette dernière très fréquente. Elles se traduisent par des sensations de compression, de contusion, de tiraillement, de fourmillement, de brûlure qui ne s'apaisent jamais complètement et présentent des paroxysmes parfois d'une acuité extrême.

Notons, en passant, que toutes ces douleurs s'exagèrent, quand elles existent, aux approches de l'époque menstruelle.

Il faut faire une place toute spéciale aux céphalées si fréquentes chez les malades. Maux de tête, variables de forme et d'intensité, douleur occipitale, rétro-orbitaire, temporale, en étau, en casque, etc. Céphalées tenaces* qui résistent aux analgésiques habituels. Sur une malade venue consulter dans le service, la douleur s'exacerhait à la suite de toute manœuvre sur l'ovaire, ce qui prouvait bien son origine génitale.

A côté de l'élément douleur, la malade atteinte de prolapsus ovarien est fréquemment en proie à une fatigue intense, elle fuit tout effort physique ou intellectuel. A cet anéantissement s'ajoutent encore des bouffées de chaleur avec crise de sueur consécutive. Son état simule le tableau clinique d'une ménopause anticipée.

3° *Troubles psychiques.* — On peut quelquefois déduire le moment approximatif où l'affection est

apparue par le changement de caractère et d'humeur survenu chez la malade. Telle qui était gaie, agréable, s'est sentie devenir nerveuse, irritable, avec des alternatives de dépression et d'excitation. Cette date marque souvent le point de départ d'un début de prolapsus.

Quelquefois, c'est une impression cénesthésique (Paul Dalché, *Maladies des femmes dites imaginaires*. Concours médical, 1922) qui l'avertit que quelque chose d'anormal se passe en un point qu'elle ne peut préciser. « Le sympathique, en rapport avec le cerveau, la psyché, est le chemin de la cénesthésie » et, dans certains cas, ajoute Laignel-Lavastine « les limites sont impossibles à distinguer entre la cénesthésie et l'hypocondrie ». En fait, la malade est presque toujours neurasthénique. Comment en serait-il autrement ? Si, au nervosisme, encore sans cause apparente, à l'impression de souffrance, obscure et vague, encore inexplicquée, s'ajoutent par la suite, la dyspareunie, l'ovarialgie et toutes les conséquences qui en résultent, on comprend facilement que la neurasthénie s'installe pour ne plus disparaître. L'état psychique est même très atteint chez certaines prédisposées qui parlent quelquefois de se suicider.

Enfin, certains auteurs ont vu à la base d'accès épileptiques, un prolapsus de l'ovaire. Puisque l'épilepsie ovarienne, dont les crises surviennent seulement au moment des règles (Lawson Tait), reconnaît pour cause le bouleversement menstruel neuro-glan-

dulaire, pourquoi ne pas admettre que le prolapsus ovarien, puissant perturbateur des systèmes sympathique et endocrinien, ne puisse jouer un rôle étiologique dans l'apparition de certains accès ? Munde cite le cas d'une jeune fille de 16 ans dont les crises épileptiformes revenaient à intervalles réguliers, et chez laquelle il constata un ovaire droit prolabé, hypertrophié et sensible. Le bon résultat du traitement lui permit d'établir la relation de cause à effet.

Retentissement du prolapsus de l'ovaire sur la menstruation

Au début de l'affection, on peut admettre que rien d'anormal ne se produise aux époques menstruelles, si l'ovaire est sain. Mais, peu à peu, apparaissent des symptômes de dysménorrhée qui trahissent la difficulté de la fonction d'ovulation et l'état de souffrance de l'ovaire.

Les règles sont douloureuses, de trois à huit jours avant leur apparition. L'éruption de sang amène une détente, fait disparaître les douleurs, ou calme leur intensité. L'abondance de sang est variable, mais plus souvent, la femme accuse des ménorragies avec caillots.

La répétition des accidents aboutit à la *dysménorrhée* intermenstruelle, se traduisant, dans les périodes intercalaires, par des *douleurs* semblables à celles des périodes menstruelles, accompagnées quelquefois

d'une petite perte de sang rouge, ou, à son défaut, d'une leucorrhée sanglante ou d'un peu d'hydrorrhée.

Ces états dysménorrhéiques vont en s'aggravant avec le temps puisqu'ils sont causés par l'hyperhémie ovarienne, hyperhémie qu'ils entretiennent à chaque période menstruelle. Ils aboutissent à l'ovarite menstruelle et à l'ovarite scléro-kystique. A la longue, on peut observer des phénomènes fluxionnaires du côté de la trompe et de l'utérus qui en imposent pour une lésion infectieuse, salpingienne et métritique.

A côté des ménorrhagies, on rencontre aussi des *retards de règles*, et même de *l'aménorrhée* complète.

La conséquence habituelle du prolapsus — surtout s'il est bilatéral — est facile à déduire de l'exposé anatomique et clinique : c'est *l'infécondité*.

Cette infécondité peut s'expliquer, d'une part : par la défectuosité du produit ovulaire ; d'autre part, par la difficulté qu'a l'ovule à pénétrer dans la trompe. Celle-ci, éloignée du point de rupture de l'ovisac, ne peut recueillir l'ovule qui peut tomber dans le péritoine et donner lieu au cortège symptomatique impressionnant qu'anciennement Trousseau appelait *l'hématocèle cataméniale*. Caractérisée par une douleur abdominale violente et subite, de la petitesse, rapidité du pouls, de la pâleur, des vomissements. Rapidement ces signes de réaction péritonéale disparaissent et tout rentre dans l'ordre. Ferrand rapporte des cas de grossesse abdominale.

Nous venons d'envisager les symptômes du « pro-

lapsus primitif » de l'ovaire, nous ne nous arrêterons pas longtemps sur les cas où le prolapsus est « secondaire » à une lésion utéro-annexielle. Bien que l'ovaire prolapsé ait son importance en ajoutant ses troubles à ceux de l'affection principale, les symptômes qu'il peut provoquer n'en sont pas moins noyés dans le tableau clinique d'une rétrodéviati^on adhérente ou d'une salpingite infectieuse.

Dans les cas où l'ovaire accompagne un certain degré de déviation utérine, sans lésion inflammatoire de la matrice, comme il arrive souvent dans les prolapsus post-puerpéraux, on constate que les douleurs à la défécation, signalées en tête de la symptomatologie, sont beaucoup plus vives qu'en cas de prolapsus isolé de l'ovaire. De plus, à l'exagération de ce symptôme, s'ajoutent une constipation opiniâtre, de fréquents besoins d'uriner, une sensation continuelle de pesanteur pelvienne. Ces troubles sont ceux d'une rétrodéviati^on, commandés par la compression qu'exerce le corps utérin sur le rectum et le col sur la vessie.

Examen physique

Comme ne cesse de nous le répéter notre maître Dalché, il est préférable de toucher avec la main gauche quand on veut explorer le cul-de-sac gauche, avec la main droite quand on veut examiner le cul-de-sac droit. La pulpe de l'index est, de la sorte, toujours dirigée du côté à explorer. C'est l'ovaire gauche qui

est le plus souvent ptosé. Garcin attribue la fréquence du prolapsus gauche par rapport au droit aux différences d'abouchement de la veine utéro-ovarienne. A droite, la veine utéro-ovarienne s'abouche à angle aigu dans la veine cave inférieure, à gauche, l'abouchement se fait à angle droit dans la veine rénale.

Dans les cas purs et primitifs, l'index poussé en arrière et au-dessus du col, quelquefois très haut dans le Douglas, percevra une petite masse, grosse comme une noisette, plus ou moins arrondie, ou elliptique, à contours réguliers, d'une mollesse spéciale, mobile, fuyant sous le doigt comme un morceau de glace que l'on pousse dans l'eau (Gallard). La pression du doigt sur cette petite masse déterminera chez la patiente une sensation douloureuse qui, parfois, lui arrachera un cri. Elle la comparera, dans sa qualité et son intensité, à la douleur qu'elle éprouve au coït et à la défécation. L'introduction du spéculum lui sera également pénible, en produisant une sensation analogue. L'examen au spéculum permettra d'éliminer les ulcérations métritiques, il n'ajoutera aucun renseignement complémentaire quant au prolapsus.

Toucher rectal

Il est bon de le joindre au toucher vaginal parce qu'il permet une exploration plus complète des annexes, de la face postérieure du ligament large, de la face antérieure du sacrum. Il permettra de sentir,

à bout de doigt la même petite masse perçue par le vagin et, quelquefois même, de la retrouver lorsqu'un premier toucher vaginal l'a fait disparaître. Il sera nécessaire, dans certains cas douteux, d'ajouter le toucher recto-vaginal.

Le toucher rectal sera le seul moyen d'exploration utilisé dans les cas où l'on soupçonne un prolapsus ovarien chez des vierges. Il peut quelquefois suffire pour faire le diagnostic.

Tout n'est pas terminé lorsqu'on est assuré que l'on a affaire à un ovaire prolabé. Il s'agit de déterminer l'état de l'ovaire. Le toucher renseignera encore à ce sujet en montrant s'il est gros ou petit, s'il est mobile ou adhérent, s'il n'accompagne pas un certain degré de déviation utérine. Notons, en passant, par opposition à la rétrodéviation post-puerpérale qui s'accompagne presque toujours de la chute de l'ovaire, la rareté de la ptose ovarienne dans la rétro-déviation pubérale qui ne s'accompagne jamais de laxité ligamentaire, mais au contraire de raccourcissement des ligaments.

En réalité, le toucher est assez délicat dans le cas de prolapsus de l'ovaire. Ne serait-ce que pour le sentir, il faut déjà un long entraînement à l'exploration méthodique des annexes. L'interprétation, facile dans les cas de prolapsus évidents, peut se montrer hérissée de difficultés dans les cas frustes, dans les cas où l'on obtient des résultats variés au cours de diverses explorations, dans ceux où l'ovaire accom-

pagne une trompe enflammée (annexite catarrhale ou infectieuse).

Et pourtant les résultats de l'examen physique important au plus haut point car ce sont eux seuls qui peuvent apporter le diagnostic de certitude.

DIAGNOSTIC

En présence des symptômes importants comme la douleur au coït et à la défécation, on porte immédiatement un diagnostic de présomption qui, le plus souvent, trouve sa confirmation au toucher vaginal. Ce sont les cas faciles.

Moins faciles déjà sont ceux où la malade se présente avec des troubles dysménorrhéiques, sans dyspareunie. Chez une femme ayant eu plusieurs grossesses, l'idée de rétrodéviation par subinvolution vient facilement à l'esprit et, à la faveur du toucher, on découvre souvent, pour peu qu'on fasse un examen minutieux, un petit ovaire couché derrière l'utérus. Mais chez la nullipare, on y pense déjà moins et on recherche dans les lésions de l'utérus ou des annexes l'origine des troubles. On conclut assez facilement, même après le toucher, à l'existence d'une métrite ou d'une salpingite légère — car les signes physiques sont négatifs — entretenant un état dysménorrhéique. Et pourtant, malgré le traitement de ces « soi-disant » lésions utéro-anexielles, les troubles persistent. Il y a autre chose et cette autre chose est

souvent un ovaire prolabé. Chez une femme vierge on n'y pense presque jamais. C'est un tort.

Mais tous les cas de prolapsus ne vont pas au gynécologue. — Un grand nombre de malades, ignorantes de leur affection, se présentent au médecin pour l'un des troubles généraux que nous avons énumérés. Or, le but de l'étude clinique que nous venons de faire est d'attirer l'attention des cliniciens sur la fréquence du prolapsus ovarien au cours des accidents les plus variés et les plus éloignés de la sphère génitale. Chez toute femme présentant des manifestations de déséquilibre vago-sympathique, viscérales, nerveuses ou psychiques dont on n'explique pas la cause après un examen somatique minutieux, qui, par conséquent, ne semblent pas entretenues par une lésion organique, il faut pratiquer un toucher vaginal. Ce n'est pas à dire que le diagnostic se révélera tout de suite au bout du doigt. Les troubles peuvent se produire au début d'une ptose légère, à un moment où l'ovaire n'est pas accessible au doigt. Dans ces cas, on ne peut ni affirmer, ni nier le prolapsus, mais on doit continuer à le soupçonner et tenir la malade en observation. Et il arrive souvent que sous l'influence des poussées menstruelles, le prolapsus s'accroissant, on arrive à sentir l'ovaire, quelquefois même au début de son évolution si l'on songe à pratiquer le toucher pendant la période cataméniale.

On peut alors percevoir l'ovaire, parce qu'hyper-trophié par la congestion physiologique. Il reprend sa situation inaccessible, en retrouvant son volume nor-

mal, dans l'intervalle des menstruations. C'est là un signe presque évident de prolapsus latent.

Le diagnostic s'impose-t-il toujours au cours du toucher vaginal ou rectal? Autrement dit, *l'ovaire prolabé peut-il être confondu avec d'autres affections?*

En général, la forme, la dimension, la consistance, la mobilité de la glande permettent le diagnostic. Toutefois, nous avons parlé déjà des difficultés très grandes d'interprétation qui nécessitent, dans certains cas difficiles et douteux, des examens répétés. Relativement rares sont les cas où l'on peut confondre le prolapsus avec une rétrodéviation. En tout cas, l'introduction de l'hystéromètre lève les doutes. Bien plus souvent, il importe de savoir si cette rétrodéviation s'accompagne de la chute de l'ovaire et de le chercher avec soin à la face postérieure de l'utérus, car nombre de troubles attribués à la déviation de la matrice, sont imputables à l'ovaire.

L'ovaire peut être confondu un peu plus souvent avec un petit noyau fibromateux sous-péritonéal, mais ce dernier est plus dur et plus douloureux ou bien avec une salpingite catarrhale ou infectieuse. Dans ce cas, la masse est plus grosse, allongée transversalement, de consistante pâteuse, aux limites diffuses. Cependant la confusion est très souvent possible.

OBSERVATIONS

RECUEILLIES DANS LE SERVICE DU D^r DALCHÉ

Observation I (personnelle). — La malade âgée de 39 ans, mariée depuis l'âge de 24 ans, sans enfant, exerçant actuellement le métier de coupeuse, vient consulter en janvier 1923 pour douleurs dans le côté gauche, accompagnées de pertes blanches.

Antécédents génitaux. — L'instauration des règles chez cette malade s'est faite difficilement. Elle constata, à l'âge de 13 ans, l'apparition de quelques gouttes de sang qui réapparurent menstruellement les six mois suivants. Puis, arrêt brusque, spontané et complet jusqu'à l'âge de 15 ans. Durant la période d'aménorrhée, la jeune fille se porta mal. Elle se mit à tousser, fut incapable du moindre effort. On porta même le diagnostic de tuberculose.

La réapparition spontanée des règles à l'âge de 15 ans améliora l'état général et chassa les malaises sus-énoncés.

Caractères des règles. — Depuis leur instauration, les règles sont : régulières, peu abondantes (durée 2 jours), non douloureuses. Pas de pertes rouges intermenstruelles. Quelques pertes blanches, quelques jours avant la période menstruelle.

Mariage. — A 24 ans, la malade se marie. Pas de changement dans les règles si ce n'est qu'elles deviennent moins abondantes.

N'a jamais été enceinte, bien que les rapports aient été normaux et que la malade n'ait rien fait pour empêcher ou supprimer une maternité.

Les rapports ne sont pas à proprement parler douloureux. Toutefois il semble bien à la malade que le pénis rencontre au fond du vagin un obstacle contre lequel il vient buter.

« Ceci ne se produit pas toutes les fois, dit-elle, cela dépend de la position. »

Elle est explicite et affirmative sur ce point.

Aucun incident d'ordre génital autre à signaler jusqu'à il y a un an et demi.

A cette époque, la malade quitte son métier de couturière pour celui de coupeuse qui exige une station debout prolongée. A partir de ce moment : pertes blanches abondantes, accompagnées de douleur à gauche. La sensation du choc du pénis contre un obstacle, pendant le coït, est toujours la même, mais maintenant le choc éveille une petite douleur ; même sensation douloureuse à l'introduction profonde de la canule vaginale.

Par contre, la défécation n'est pas douloureuse, bien que la malade soit habituellement constipée.

Les règles sont toujours régulières, non douloureuses, *de moins en moins abondantes*. A beaucoup engraisé depuis six mois (ventre, hanches, reins).

Etat général. — Bon, mais un grand nervosisme, tristesse, état dépressif.

Examen somatique et viscéral. — Rien de particulier à signaler. Pas de ptose rénale ; ni albumine, ni sucre, ni phosphates dans les urines.

Toucher vaginal. — Col assez bas situé dans le vagin et dont l'orifice regarde vers le pubis. Corps versé dans le Douglas ; la rétroversion est réductible.

A gauche et en arrière, on sent une petite masse ovoïde dont on ne peut apprécier le degré de résistance, car elle fuit sous le doigt. La malade d'ailleurs, dont l'attention est attirée depuis quelque temps vers la sphère génitale, touche elle-même cette petite masse fuyante et en donne une description très nette. La pression éveille une douleur supportable.

Toucher rectal. — On sent le corps utérin basculé en arrière. On retrouve la petite masse ovoïde perçu par le vagin.

Au spéculum. — Orifice cervical petit, très légèrement rouge. Rien d'autre à signaler.

Le cas de cette malade paraît intéressant à signaler parce que très rare :

Prolapsus primitif avec rétroversion pubérale. Il semble dans cette observation que l'affection, bien supportée jusqu'à

l'âge de 37 ans 1/2, n'ait commencé à faire sentir ses effets qu'au jour où la malade changea son métier de couturière pour celui de coupeuse. Il ne faut pas voir là une coïncidence de hasard, mais une relation de cause à effet. Congestion des organes du petit bassin par station debout prolongée, amenant une sensibilité particulière de l'ovaire prolabé et une augmentation de volume de la glande.

Dès lors, les symptômes sont déclanchés.

Il nous a été donné de revoir deux fois la malade à la consultation. Nous avons été frappés, chaque fois, de l'état de dépression psychique dans lequel elle se trouvait, état attribuable à son affection génitale, puisqu'ayant débuté avec elle, et par ailleurs inexplicable par tout autre cause morale ou physique.

Observation II (personnelle). — La malade, âgée de 21 ans, vient consulter parce qu'elle souffre dans le ventre. Ce sont des douleurs vives dans le côté gauche, qui surviennent par crises et qui atteignent leur paroxysme quelques jours avant l'écoulement sanguin.

Réglée à l'âge de 14 ans. Règles assez douloureuses, normales en quantité et périodicité.

Mariée à l'âge de 20 ans. Pas d'enfants. Jamais de fausse-couche.

Un mois après, pertes blanches accompagnées, quinze jours plus tard, d'une crise douloureuse dans le bas-ventre nécessitant un repos prolongé au lit.

La malade reste sensible du ventre et se plaint de :

Douleur au coït et douleur en allant à la selle. Plus de pertes blanches. En revanche l'état général de la malade est altéré. Elle se plaint de douleurs au creux épigastrique, de diarrhée, de nausées, d'une anorexie complète. Nervosisme assez accentué qui se manifeste, chez elle, par des palpitations, du tremblement, des envies fréquentes de pleurer.

Pas de maux de tête.

Examen génital. — Au toucher vaginal : col petit, orifice punctiforme. Bonne situation du corps utérin. On réveille en arrière et à gauche une douleur assez vive et le doigt rencontre une petite masse ovoïde qui s'échappe à la pression.

Le toucher rectal n'a pas été pratiqué.

Rien aux annexes.

Au spéculum : pas d'ulcérations cervicales.

Traitement. — Repos. Injection d'un liquide émolient. Nouets glycerinés, bien supportés par la malade.

23 mai. — Amélioration du côté du ventre, mais céphalées. La mise d'un pessaire de Hodge sera possible dans deux ou trois semaines.

Observation III (personnelle). — Mme S..., âgée de 30 ans, vient consulter parce qu'elle souffre dans le ventre d'une façon continue, depuis deux mois.

Réglée à l'âge de 12 ans. Règles peu abondantes, irrégulières et très douloureuses. Les douleurs, très vives avant l'écoulement sanguin, cessent dès son apparition. Mariée à 19 ans. Quelques temps après, pertes jaunâtres, leucorrhée gélatiniforme, filante, formant glaire tenace.

Les troubles dysménorrhéiques s'accroissent.

Les règles deviennent très abondantes et de longue durée, environ dix-sept jours. Elle consulte à l'Hôtel-Dieu. Hospitalisée pendant sept semaines, elle est traitée pour salpingite. Se croyant guérie, elle retourne à l'atelier.

Depuis ce moment, tout en continuant à souffrir du ventre, elle eut des troubles digestifs très marqués : Anorexie, nausées, constipation. En même temps son caractère changea. Elle ne devint pas irritable, mais triste et anxieuse. Crises de larmes très fréquentes qui ne sont pas motivées.

Etat va en s'aggravant. Impossibilité de se tenir debout, à l'atelier. La santé générale paraît s'altérer. La tristesse fait place à la neurasthénie.

Elle n'a jamais eu d'enfants. Sa stérilité entretient encore son nervosisme.

Tous ces troubles la décident à consulter dans le service du Dr Dalché.

Au toucher vaginal. — Utérus petit et antéfléchi. Prolapsus de l'ovaire gauche.

On remarquera que chez cette malade, les signes cardinaux du prolapsus font défaut. Ni dyspareunie, ni douleur à la défécation. Les troubles dysménorrhéiques et surtout les troubles généraux dominent la scène.

A l'examen physique : prolapsus avec antéflexion utérine, véritable rareté clinique.

Observation IV (personnelle). — Mme G... âgée de 39 ans, coloriste, vient consulter, adressée à M. le Dr Sébilleau par le service de médecine, pour céphalées intenses, rebelles, durant depuis trois ans.

La malade sent venir la crise, elle survient le matin au réveil.

La douleur s'installe, lancinante, continue, avec parfois sensation de battement dans les tempes. Elle occupe toute la voûte crânienne depuis le vertex jusqu'à l'occiput. Elle cesse généralement vers le soir et ne se reproduit pas la nuit. Ces céphalées sont quotidiennes, la malade a remarqué qu'elles disparaissaient à l'apparition des règles et réapparaissaient à la fin de la période menstruelle. Ces maux de tête s'accompagnent de perte de mémoire. Quelques rares nausées. Pas de vomissements.

Réglée à 17 ans. Règles abondantes, peu douloureuses, régulières.

Pas de pertes, ni blanches ni rouges, intermenstruelles.

Mariée à 27 ans. Aucun changement dans le caractère des règles.

Rien à signaler du point de vue génital.

Mère à 29 ans 1/2. Accouchement spontané. Aucune suite fâcheuse.

Bien portante pendant sa grossesse.

Fausse couche à 36 ans (7 semaines) reconnue par un médecin. Fièvre. Curettage quelques jours après. Un mois après la fausse couche débutent les maux de tête dont se plaint la malade.

Les règles sont moins abondantes depuis six mois (3 jours au lieu de 5). Frigidité complète depuis la fausse couche, mais pas de dyspareunie. Cependant les rapports éveillent les céphalées quand elles n'existent pas, ou les exacerbent quand elles existent.

Examen général. — Femme pas très grande, maigre, aux extrémités froides et cyanosées. Phalangettes élargies ainsi que les orteils. Genu valgum gauche. Pas de scoliose. Rien d'anormal dans la marche.

Poumons et cœur. — Rien à signaler.

Tachycardie. Pouls 108 le 6 mars, 84 le 7.

T. A. : 14 1/2 9.

Appareil digestif. — Appétit excellent, même durant les céphalées.

Pas de constipation. Ne souffre jamais du ventre.

Appareil urinaire. — Urine en quantité normale. Pas d'albumin. Pas de sucre.

Système nerveux. — Réflexes normaux. Sensibilité normale.

Etat psychique. — Médiocre. Nervosisme, irritabilité, dépression suivie d'excitation, l'asthénie domine.

Rappelons les troubles de la mémoire, la frigidité.

Etat général — Asthénie. En outre, rachialgie. Malade sujette aux crises d'urticaire. Pas de prurit en dehors des crises d'urticaire.

Examen du nez. — Muqueuse nasale congestionnée, tomenteuse, hypertrophiée. Présente les signes très nets de catarrhe ethmoïdal. Sinus clairs.

A la suite de cet examen somatique négatif, on pratique le toucher vaginal qui révèle une rétroflexion (suite de couches) un point douloureux à gauche et en arrière du col. On sent l'ovaire prolabé.

Observation V (personnelle). — La malade est âgée de 22 ans, femme de chambre. Vient consulter pour troubles dysménorrhéiques se caractérisant par des règles irrégulières et abondantes. Ces troubles existent depuis trois ans, époque à laquelle elle s'est mariée.

Réglée à l'âge de 12 ans. Règles régulières, peu abondantes, pas douloureuses. Pas de pertes blanches, ni de pertes rouges intermenstruelles.

Mariée à 19 ans. *Jamais été enceinte.*

Le coït est douloureux. Douleur vive au fond du vagin à gauche. Six mois après le mariage commencent les *troubles de dysménorrhée*. Les règles durent quinze jours, sont très abondantes et présentent des caillots, sont douloureuses les quatre premiers jours.

En même temps que la malade constate ces changements dans les caractères des règles, elle se sent devenir très nerveuse, irritable. Elle se plaint de palpitations, de bouffées de chaleur avec transpiration.

Examen général. — Ne révèle aucune lésion viscérale.

Examen génital. — Rien à l'utérus, ni aux annexes. L'ovaire n'est pas cliniquement appréciable.

Dans cette observation où les symptômes ont laissé soupçonner une chute de l'ovaire, le toucher n'a pas permis de confirmer le diagnostic.

Observation VI (personnelle). — La malade âgée de 19 ans entre dans le service parce qu'elle souffre dans le ventre et dans les reins, par intermittence, depuis sa puberté.

Réglée à l'âge de 13 ans 1/2. Règles quelquefois irrégulières. Normales en quantité. Pas douloureuses.

Défloraison à 18 ans 1/2. Rien à signaler du point de vue génital. Mais les douleurs qu'elles ressent depuis l'âge de 13 ans 1/2 s'accroissent.

Caractères des douleurs. — Sont sourdes avec irradiations dans les reins. Intermenstruelles surtout. N'ont pas de siège fixe (Points multiples dans les régions abdominale et rénale).

En même temps, l'état général s'altère : amaigrissement, malgré un bon appétit. Pouls instable. Essoufflement facile. Céphalées intermittentes (coups frappés dans les tempes). Voile devant les yeux.

Examen. — Rien d'intestinal pouvant expliquer les points douloureux intestinaux.

Au toucher vaginal. — Utérus en position normale. A gauche, en arrière et en haut, on sent un ovaire prolabé, mobile et douloureux. On constate cependant que la paroi abdominale est solide et qu'il n'y a pas de ptose rénale. Toutefois, on note chez cette malade quelques stigmates de dégénérescence : caractères de sexualité féminine peu marqués. Mauvaise denture. Facies adénoïdien. Grosses amygdales enflammées.

Les observations suivantes sont dues à l'obligeance du Dr Dalché.

Observation VII. — Mme X..., 39 ans. Jumelle. A toujours eu une tendance à la névropathie. Elle se marie, met au monde plusieurs enfants, les accouchements sont normaux. Rien à signaler des points de vue de santé générale et génitale, si ce n'est du nervosisme, jusqu'à l'âge de 37 ans.

A ce moment, après une intoxication légère par gaz délétère, au cours d'une excursion en automobile, intoxication dont elle seule eut à souffrir, bien qu'il y eut plusieurs personnes dans la voiture, elle ressent une fatigue insurmon-

table. Elle lutte de toute son énergie mais ne réussit pas à vaincre cette asthénie profonde. Elle ne peut plus marcher même sur une distance de 300 mètres. A cette fatigue, s'ajoute : du spasme œsophagien, des sensations de tiraillements dans le ventre, des points douloureux multiples. Le poulx est à 108. L'insomnie fait son entrée en scène ainsi que les bourdonnements d'oreilles. Bref, cette malade présente un complet délabrement du système neuro-végétatif. Le médecin à bout de ressources thérapeutiques l'adresse au Dr Dalché.

Après examen général : rétrodéviation utérine et prolapsus de l'ovaire gauche.

Traitée, pour cette affection, par redressement digital. Trop peu de temps encore pour constater une amélioration.

Observation VIII. — Mme G..., âgée de 26 ans. Mariée. Jamais eu d'enfants.

Consulte parce qu'elle souffre du côté gauche, quelquefois aussi du côté droit. La malade est constipée.

On songe à rapporter à l'intestin les troubles énoncés. Un examen et un interrogatoire minutieux permettent d'éliminer toute affection intestinale.

Etat général. — Syndrome urticarien sous une influence quelconque, psychique ou alimentaire.

Au toucher vaginal. — Utérus bas situé, petit ovaire prolapsé, à gauche. On ne sent pas l'ovaire, à droite.

Observation IX. — Malade âgée de 35 ans. Mère de trois enfants.

Accouchements sans suites fâcheuses, mais la paroi abdominale est flasque. Chute totale du ventre.

Depuis le dernier enfant, souffre de dyspareunie à tel point que les rapports sont devenus insupportables.

Examen génital. — Rétroversion utérine, on croit sentir l'ovaire.

Après repos, hygiène et hydrothérapie, on applique un pessaire de Sims. Amélioration. Les rapports conjugaux suspendus, ont pu être repris.

Observation X. — Mme X..., âgée de 23 ans. Inféconde, se plaint de troubles en dehors des règles. Douleurs dans le

ventre vingt-cinq jours après les vraies règles, accompagnées de l'émission d'une petite quantité de sang.

En outre elle souffre d'algies multiples, particulièrement d'une névralgie du plexus solaire. Tendance à la spasmodicité, les contractions de l'œsophage sont surtout très marquées.

A l'examen de la malade, on ne constate aucune lésion organique.

Au toucher vaginal : utérus en antéflexion. Petit ovaire prolabé à gauche. Peut-être aussi, à droite, mais on ne peut l'affirmer.

Observation XI (personnelle). — Louise G..., âgée de 21 ans vient consulter dans le service du D^r Dalché pour troubles dysménorrhéiques, douleurs dans le ventre.

Réglée à 12 ans. Règles régulières, normales comme durée et comme abondance. Pas douloureuses. Pas de pertes intermenstruelles.

Défloraison à 20 ans. Dix jours après les premiers rapports, crise douloureuse dans le ventre au moment des règles. La malade est soignée à la Charité. Pertes blanches comme du lait.

A sa sortie de l'hôpital, elle reprend les relations. Le coït est extrêmement douloureux, également, douleur vive, aiguë à la défécation, bien qu'il n'y ait aucune constipation.

Elle souffre à la station debout.

En même temps : modifications dans les caractères des règles.

Douloureuses avant l'époque menstruelle.

Toujours régulières, mais beaucoup plus abondantes.

A l'examen on constate une paroi abdominale épaissie, mais bien musclée cependant, les seins sont mous, ni l'estomac, ni les reins ne sont ptosés.

Au toucher, on sent l'ovaire gauche prolabé.

Observation XII. — Mme X..., 40 ans. Mariée. Mère de plusieurs enfants.

Vient consulter pour troubles divers, mais surtout pour la dysménorrhée. Elle souffre avant, pendant et après les règles. C'est de plus une « éternelle fatiguée » qui se plaint de palpitations, d'essoufflement, d'algies abdominales.

On ne trouve aucune lésion viscérale. Aucun souffle au cœur.

Seul, le poulx, instable, atteint parfois 120 pulsations.

Au toucher vaginal : chute totale des ovaires et de la matrice, les deux ovaires sont perceptibles nettement. Ils sont gros, peut-être scléro-kystiques.

Observation XIII. — Mme X..., 39 ans. Mariée à 36 ans. Pas d'enfants. Se plaint de maux de tête, de suffocations, de battements de cœur, de sensation d'angoisse, de troubles nerveux de toutes sortes.

Le médecin traitant n'apportant aucune amélioration à l'état de la malade qui s'impatiente, l'envoie consulter le Dr Dalché.

Au toucher vaginal : ovaire prolabé à gauche. Mauvaise paroi abdominale.

Le port d'une ceinture abdominale suffit à améliorer les troubles.

Observation XIV. — Mme X..., 46 ans, mariée mais inféconde et dysovarique, vient consulter pour douleur, tantôt dans la fosse iliaque droite, tantôt dans la fosse iliaque gauche avec irradiation dans les lombes.

Au toucher vaginal : antéversion avec prolapsus des deux ovaires. Lorsque la malade souffre, on sent la trompe augmentée de volume et douloureuse. Cette salpingite catarrhale disparaît, pour reparaître du côté opposé.

Observation XV. — Mme X..., 22 ans et demi, mariée, sans enfants. Se plaint de névralgies multiples et surtout de névralgie iléo-lombaire. Elle présente des troubles de dysménorrhée ovarienne. C'est de plus une nerveuse depuis longue date, qui a, depuis son mariage des attaques de nerfs (hystériques ou épileptiques).

A l'examen génital, on trouve un ovaire gauche prolabé.

Observation XVI. — Mme X..., 37 ans, présente environ douze jours avant les règles des étouffements qui s'accompagnent, à l'auscultation, de bouffées de râles dans les poumons. En même temps, elle fait une sorte de crise anaphylactique caractérisée par une fièvre prémenstruelle (37° 4 à 38°)

avec douleurs dans les membres, surtout dans les chevilles. Tous ces troubles disparaissent avec l'éruption de sang.

D'autres ces malaises sont remplacés par des étourdissements, des vertiges, des bourdonnements d'oreille avec surdité transitoire de l'oreille droite, des troubles vaso-moteurs du pavillon de l'oreille qui devient couleur lie de vin. Ces troubles aussi s'évanouissent à l'apparition du sang. En dehors de cette période prémenstruelle (12 jours avant les règles), l'auscultation, pratiquée à plusieurs reprises par le Dr Dalché est absolument négative.

Il songe alors à un faux asthme menstruel d'origine génitale. Le toucher lui révèle une rétrodéviation utérine avec prolapsus d'un ovaire.

Le fait est intéressant à signaler, car la malade, auscultée, sans doute, durant la période prémenstruelle avait été prise pour une phtysique et soignée comme telle, sans amélioration, bien entendu.

On voit, par ces observations, combien sont multiples les troubles qu'entretient un prolapsus ovarien, et combien, dans leur diversité, ils peuvent égarer le diagnostic même pour un clinicien averti. Afin d'être plus convaincantes nous n'avons pris, de nos observations, que celles où le toucher nous permettait d'affirmer le diagnostic. Mais combien, peut-être, de prolapsus légers, insoupçonnés à la base de troubles que l'on qualifie « d'essentiels » !

TRAITEMENT

La guérison complète, définitive du prolapsus de l'ovaire paraît être au-dessus des ressources de la thérapeutique. Toutefois, sous l'influence de soins bien compris, ainsi que l'expérience nous l'a montré, l'affection peut souvent rester compatible avec une existence normale, très supportable.

C'est pourquoi nous nous adresserons en premier lieu au traitement médical conservateur de la glande génitale, avant de faire appel — indispensable dans certains cas — aux moyens radicaux de la thérapeutique chirurgicale.

Nous passerons sous silence les traitements symptomatiques au cours des accidents généraux du prolapsus. C'est là une thérapeutique d'urgence, sans intérêt pour notre sujet puisqu'elle ne s'attaque pas à la cause.

Le traitement médical du prolapsus se propose un double but :

Diminuer la sensibilité de l'ovaire ;

Le maintenir en position haute.

Tout d'abord, il faut mettre la malade à un repos relatif, lui conseiller d'éviter les causes de fatigue,

les efforts, la marche, la station debout. Le repos génital est indispensable, en premier chef, les rapports sexuels ne devraient être autorisés que lorsque toute sensibilité de la glande a disparu. Cette nécessité s'impose chez celles qui présentent une dyspareunie marquée. Un des grands soucis du thérapeute sera de lutter, par des purgatifs doux, contre la constipation. On supprime ainsi chez la patiente, la douleur de la défécation et l'effort d'une évacuation laborieuse qui, chaque fois, tend à entraîner l'ovaire. En même temps, la libération quotidienne de l'intestin supprimera une cause — non la moindre — de congestion des organes du petit bassin. Il sera indispensable durant toute cette période de combattre le nervosisme par l'hydrothérapie tiède, et par diverses préparations calmantes en tête desquelles Dalché recommande le Gardénal.

Les injections tièdes, en petite quantité, et sous très faible pression d'un liquide calmant, eau de racine de guimauve par exemple, doivent être préconisées ainsi que les petits lavements chauds à garder, composés comme suit :

Antipyrine.....	1 gramme
Laudanum de Sydenham....	X gouttes
Eau bouillie.....	75 grammes

Durant les périodes menstruelles, où l'hyperhémie alourdit l'ovaire, le repos au lit s'impose. Entre les périodes menstruelles, on conseillera avec avantage, la gymnastique décongestionnante de Brandt. Sous

l'influence du repos, de l'hydrothérapie, de l'hygiène, l'ovaire, deviendra de moins en moins irritable jusqu'à perdre cette sensibilité douloureuse spéciale. A ce moment, le traitement médical aura atteint le premier but qu'il se proposait. Alors seulement, on tentera le redressement digital. Cette manœuvre qui doit se faire avec une extrême douceur, consiste à refouler l'ovaire en haut, la femme étant couchée dans la position optimale pour obtenir le redressement le plus parfait. Si la pression du doigt éveillait la moindre douleur, il ne faudrait pas insister, mais remettre la malade au repos, attendre que toute sensibilité ovarienne ait disparu. C'est là une condition primordiale. Le redressement digital ne peut se faire que sur un ovaire sain et mobile ; au cas où il serait fixé par des adhérences, il faut s'adresser au massage gynécologique. Celui-ci, conduit par des mains expérimentées, donne des résultats merveilleux. L'ovaire libéré, peut être alors redressé par manœuvre digitale.

Pour maintenir en situation haute l'ovaire refoulé, une bonne pratique consiste à remplir tous les deux jours, le cul-de-sac de Douglas avec des nouets d'ouate hydrophile imbibée de glycérine. Ce traitement est un acheminement progressif vers la mise en place d'un pessaire qui, d'emblée, n'aurait pu être supporté. Au bout de quelques semaines, on peut essayer l'application d'un pessaire. Le choix en est souvent difficile ; il faut que l'anneau s'applique exactement, il importe qu'il maintienne sans blesser et sans distendre les parois vaginales. Celui que le Dr Dalché emploie

le plus volontiers est le pessaire coudé, en aluminium de Hodge, quelquefois celui de Dumontpallier dans les cas où il y a à la fois prolapsus de l'ovaire et ptose utérine.

La femme se trouvera toujours bien de porter une ceinture abdominale, même s'il n'y a pas ptose généralisée, afin d'éviter la pression intestinale sur l'ovaire prolapsé. De plus, on lui conseillera de prendre, à plusieurs reprises dans la journée, les attitudes les plus favorables à l'élévation de l'ovaire et à son éloignement du Douglas. Elle choisira celle qui la soulage le mieux. De l'avis des malades, c'est le décubitus abdominal avec un oreiller sous le ventre, pour éviter la fatigue lombaire. Ce traitement, facile, est accueilli favorablement par les patientes à cause du soulagement qu'il apporte.

Il est rare qu'avec un peu de patience de la part du gynécologue et de la malade, dans les soins à donner, à recevoir, on n'arrive pas à obtenir des résultats satisfaisants.

Dans les cas plus difficiles, on peut avoir recours aux agents physiques : l'électricité, sous forme de courants continus ou de haute fréquence, la diathermie. Pas plus que le traitement purement médical, ils ne parviennent à guérir, mais ils agissent en calmant la douleur, en décongestionnant l'ovaire. L'amélioration que ces traitements apportent est incontestable.

Parfois, il faut encore aller plus loin et, si res-

pectueux soit-on des fonctions génitales de la femme, la stérilisation doit être envisagée.

Certaines femmes préfèrent l'application des rayons X et de radium aux risques d'une laparatomie. Dalché préfère les rayons X qui permettent de n'intervenir que sur un seul ovaire, et de respecter l'ovaire sain. La neutralisation supprime la sensibilité de l'ovaire et les troubles dysménorrhéiques. Mais, on peut se demander si l'ovaire en position basse ne continue pas à tirailler son pédicule nerveux, puisque de l'avis même des radiologues, l'ovaire, après stérilisation, conserve sa forme et son volume. Une malade du service du D^r Dalché traitée par les rayons X pour prolapsus ovarien gauche continua à souffrir du ventre après stérilisation de l'ovaire prolabé. Il y a là un point à éclaircir. Le traitement chirurgical sera incontestablement le traitement de choix dans les cas où la glande génitale participe à une lésion utéro-annexielle. Il doit être une mesure d'exception lorsque l'ovaire est sain, mais, dans la pratique courante, nous devons tenir compte de certaines considérations d'ordre personnel et intime qui conduisent quelques malades à solliciter, d'emblée, l'intervention chirurgicale.

Dans ce cas, le traitement sera, autant que possible, conservateur. L'oophoropexie a été tentée par plusieurs chirurgiens avec des procédés différents. J.-L. Faure fixe l'ovaire au péritoine, au niveau du détroit supérieur (*Gynécologie*, 15 août 1902, p. 101). Durant le temps qu'il nous a été donné de passer

dans son service, l'occasion ne s'est pas présentée pour nous de le voir pratiquer cette opération. Et pour cause : les cas de prolapsus primitif avec conservation de l'intégrité de la glande génitale ne sont pas ceux qui fréquentent habituellement les cliniques chirurgicales. Plus-souvent, nous l'avons vu faire une ligamentopexie, surtout dans les cas de prolapsus secondaire à une déviation utérine. Cette opération agit secondairement sur la situation de l'ovaire en le remontant. Mais c'est ici où nous devons tenir compte de la prédisposition congénitale à la laxité ligamentaire qui peut, dans la suite, compromettre les heureux résultats du début.

Dans les cas où l'ovaire est pathologique, la suppression de la glande génitale malade, s'impose, de même l'hystérectomie dans le cas de lésions bilatérale. La voie abdominale, qui permet de confirmer *de visu* le diagnostic, est la seule pratiquée actuellement.

CONCLUSIONS

I. Le prolapsus de l'ovaire est une affection qui intéresse non seulement le gynécologue, mais tous les cliniciens.

II. C'est la chute de l'ovaire en position extrême dans le Douglas, ou en position intermédiaire dans la fosse hypogastrique.

III. Sans méconnaître l'importance indéniable de la grossesse, nous sommes loin d'en faire le facteur étiologique exclusif. Deux ordres de causes peuvent encore être incriminées : D'une part l'alourdissement de l'ovaire congestionné et augmenté de volume sous des influences multiples, d'autre part, une prédisposition individuelle au relâchement ligamentaire à laquelle s'ajoutent des facteurs secondaires.

IV. Deux symptômes cardinaux du prolapsus primitif :

Douleur au coït et douleur à la défécation. Nombre de symptômes douloureux qu'on attribue à la rétro-déviatiou utérine sont vraisemblablement imputables à l'ovaire qui l'accompagne.

V. En plus, ou indépendamment des précédents, s'observent un très grand nombre de manifestations

à distance, viscérales, nerveuses ou psychiques, relevant d'un déséquilibre vago-sympathique et de la perturbation des glandes endocrines.

L'ovaire prolabé tire son pédicule nerveux et les plexus sympathiques qui lui sont connexes ; troublé dans ses fonctions, il ne maintient plus l'équilibre physique et psychique de la femme.

Ces symptômes écartent l'attention de la sphère génitale.

VI. Le retentissement de l'ovaire prolabé sur la menstruation se manifeste par des troubles de dysménorrhée ovarienne dont les aboutissants importants sont : l'ovarite menstruelle et l'ovarite scléro-kystique. La conséquence logique du prolapsus, surtout s'il est bilatéral, est l'infécondité.

VII. L'examen local, par toucher vagino-rectal, permet de sentir et d'apprécier l'état de la glande prolabée, dans les cas purs et primitifs. Les signes physiques sont négatifs à la période initiale.

VIII. Le diagnostic est difficile. Peut être posé dans deux cas :

a) Au cours d'un examen général ne montrant aucune lésion organique susceptible d'expliquer les troubles neuro-glandulaires constatés, il faut alors penser au prolapsus et tâcher d'obtenir du toucher la confirmation ou l'infirmité de l'hypothèse.

b) Au cours d'un examen gynécologique pour troubles génitaux. Le spécialiste devra interpréter les données du toucher et discuter les diagnostics différentiels.

IX. Le traitement sera d'abord médical parce que conservateur. Il consiste en : repos, hygiène, hydrothérapie, gymnastique et massage. Puis redressement digital progressif et maintien de l'ovaire par des nouets d'ouate glycéinée, plus tard par un pessaire. Dans certains cas, il faut s'adresser aux agents physiques :

Electricité, diathermie, rayons X, radium.

Le traitement chirurgical sera, autant que possible, conservateur dans les cas où l'ovaire est sain. L'oophoropexie, quoique rationnelle, est peu pratiquée. On lui préfère la ligamentopexie qui, tout en portant l'utérus, en position haute, agit secondairement sur la situation de l'ovaire.

La suppression s'impose si l'ovaire est pathologique, ainsi que l'hystérectomie dans le cas de lésion bilatérale. La voix abdominale est seule pratiquée actuellement.

Vu : Le Président de la thèse,

FAURE

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Nous prions nos lecteurs de bien vouloir se reporter à la thèse de Garcin (Paris, 1918-1919).

La bibliographie que donne cet auteur dans son intéressant travail est très complète et nous n'y ajouterions rien.

